

問診票

* 個人情報 は 当院 が 診療 に 必要 な 用途 以外 に は 使 い ませ ん。

* 緊急 時 など に ご 連絡 が 必要 な 場合 も あ り ま す の で、正 確 に ご 記 入 く だ さ い。

妻	ふりがな		携帯電話番号	
	お名前	(才)	生年月日(西暦)	年 月 日
			ご職業	
			身長 cm	体重 kg
夫	ふりがな		携帯電話番号	
	お名前	(才)	生年月日(西暦)	年 月 日
			ご職業	
			身長 cm	体重 kg
ご住所	〒 _____			

	自宅電話番号 _____			

結婚について	<input type="checkbox"/> 既婚(初婚・再婚) 入籍日【(西暦) 年 月 日(才)】	
	<input type="checkbox"/> 離婚【(西暦) 年 月】 * 前パートナーとの間の妊娠の有無 夫(あり・なし) 妻(あり・なし)	
	<input type="checkbox"/> 婚約中【(西暦) 年 月頃入籍予定】	
	<input type="checkbox"/> 事実婚(内縁)	
	<input type="checkbox"/> 未婚(具体的な入籍予定なし)	
受診理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 拳児希望 《第1子・第2子・第3子》	
	<input type="checkbox"/> 検査を希望(不妊症・不育症)	
	<input type="checkbox"/> 一般治療希望(タイミング法・人工授精)	
	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を希望	
	<input type="checkbox"/> 他院紹介 <input type="checkbox"/> 相談のみ(検査希望なし)	
	<input type="checkbox"/> 流産・死産となる <input type="checkbox"/> 胚が着床しない	
	<input type="checkbox"/> 性交ができない(勃起不全・射精しない)	
	<input type="checkbox"/> 卵子凍結を希望	
<input type="checkbox"/> その他()		
月経歴	最終月経	年 月 日より、出血 日間持続
	初経年齢	才頃
	月経周期	日(順・不順)
	月経量	多量・中等量・少量
	月経痛	なし・軽度・痛・激痛
避妊期間	【あり・なし】『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。 年 月 ~ 年 月	

【妊娠歴】 妊娠されたことはありますか。【あり・なし】

1	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)
2	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)
3	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)

【奥様について】

【今まで経験した婦人科の病気/入院/手術や現在治療中の病気】はありますか？【あり・なし】
 (子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・乳がんなど) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

時期(西暦)	病名	治療内容(手術内容)
年 月		
年 月		

【今まで経験した婦人科以外の病気/入院】と【現在治療中の病気】があれば詳細をご記入ください。
 (循環器・消化器・整形外科・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

糖尿病	【なし・あり】	(薬剤名)
甲状腺疾患	【なし・あり】	(薬剤名)
膠原病疾患	【なし・あり】	(薬剤名)
高血圧	【なし・あり】	(薬剤名)
喘息	【なし・あり】	(薬剤名)
精神科・心療内科 (病名)	【なし・あり】	(薬剤名)
血栓症	【なし・あり】	(薬剤名)
上記以外の現在治療中の病気 ()	【なし・あり】	(薬剤名)
過去に治療していた病気 ()	【なし・あり】	(薬剤名)
感染症の既往	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 抗生剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙の習慣	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本)
飲酒の習慣	【なし・あり】	【毎日・時々飲む】

【今まで経験した**婦人科以外の手術**】はありますか？【あり・なし】
 (循環器・消化器・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

時期(西暦)	病名	治療内容(手術内容)
年 月		
年 月		

【検査歴】

検査内容	時期(西暦)	検査をした病院名	結果の詳細について
ホルモン検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
子宮鏡検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
卵管造影検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
精液検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
子宮頸がん検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
風疹抗体検査	年 月・時期不明・検査未		抗体あり・抗体なし

【治療歴】 今までに不妊治療をしたことがありますか。【あり・なし】 病院名《 》

	時期	回数	使用した薬
タイミング法	年 月～	回	薬なし・内服・注射 薬剤名()
A I H (人工授精)	年 月～	回	薬なし・内服・注射 薬剤名()
体外受精	年 月～	採卵 回	
		新鮮胚移植 回	凍結融解胚移植 回

【ご主人について】

【今までに経験した病気・入院・手術】や【現在治療中の病気】はありますか？【あり・なし】
 糖尿病・高血圧・喘息・おたふくかぜ・痛風・精神科や心療内科の病気()
 その他()

アレルギー	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 抗生剤(薬剤名) <input type="checkbox"/> その他()
育毛剤の使用	【なし・あり】	育毛剤の名前()
喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている	【吸っている方】 喫煙開始年齢 才 喫煙本数：1 日 本

【その他医師に伝えておきたいことがあればご記入ください】

.....

.....

.....

【体外受精の記録】

体外受精の 詳細	<input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれるが着床しない <input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれない <input type="checkbox"/> 採卵しても卵子が入っていないことが多い <input type="checkbox"/> 移植しても着床しない <input type="checkbox"/> 受精しにくい
-------------	---

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法	採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無		
<input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産		
			凍結数				
			個				
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法	採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無		
<input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産		
			凍結数				
			個				
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法	採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無		
<input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産		
			凍結数				
			個				
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	保険・自費	ホルモン補充・自然 / (Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	

2023/10/18 改訂